

นโยบายและทิศทางการป้องกันแผลกดทับ รพ.สงขลานครินทร์



พว.นงลักษณ์ ว่องวิชญพงศ์
ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารคุณภาพบริการ

แผลกดทับที่เกิดขึ้นจริง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ !!!



นโยบายโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่เกี่ยวข้องกับแผลกดทับ



ประกาศโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เรื่อง Zero Events and Harm Free Care เพื่อความปลอดภัยในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Zero Events

1. การระบุตัวผู้ป่วย Identify Patients Correctly
2. การผ่าตัด Ensure Safe Surgery
3. การแพ้ยา Safety of Medication
4. การฆ่าตัวตายสำเร็จ Complete Suicidal
5. อัคคีภัย Fire

Harm Free care

1. Pressure injury
2. Catheter-associated UTI
3. Fall injury
4. Venous thromboembolism (VTE)
5. Phlebitis / Extravasation

Harm Free Care
เหตุการณ์ที่ไม่ยอมให้
เกิดอันตรายต่อผู้รับบริการ

Process of Care



การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

แบบประเมิน Barden scale ประกอบด้วยทั้งหมด 6 ด้าน

- | | |
|--|-------------|
| ➤ การรับรู้ความรู้สึก (Sensory perception) | 1 - 4 คะแนน |
| ➤ ความเปียกชื้น (Moisture) | 1 - 4 คะแนน |
| ➤ การทำกิจกรรม (Activity) | 1 - 4 คะแนน |
| ➤ การเคลื่อนไหว (Mobility) | 1 - 4 คะแนน |
| ➤ ภาวะโภชนาการ (Nutrition) | 1 - 4 คะแนน |
| ➤ แรงเสียดสีและแรงเฉือน (Friction and Shear) | 1 - 3 คะแนน |

คะแนนรวมเต็ม 23 คะแนน

การใช้ PSU Bundle ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

P: Pressure relief การดูแลในด้านการลดแรงกดทับ แรงเสียดสี และแรงเฉือน

S: Skin health การประเมินและการดูแลสภาพผิวหนัง

U: Urine and Feces management การดูแลและจัดการในด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระในผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระไม่ได้



P: Pressure relief มาตรการดูแลด้านการลดแรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน

- ☐ ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทั้งขณะนั่งและนอน เช่น เบาะรองนั่ง แผ่นเจล ที่นอนลม เบาะกระจายน้ำหนัก หมอน ผ้านุ่ม
- ☐ กรณีใช้ที่นอนลมได้ตรวจสอบการทำงานของที่นอนลมทุกเวอร์
- ☐ พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
- ☐ พลิกตะแคงตัวทุก 1 ชั่วโมง ในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงมาก (Braden Score 6-9 คะแนน)
- ☐ ผู้ป่วยวิกฤตที่มีข้อจำกัด พิจารณาเปลี่ยนท่าผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- ☐ กรณีนั่งเก้าอี้ หรือรถเข็น ให้ยกสะโพก หรือขยับตัวโน้มไปข้างหน้า หรือยกให้ลอยจากที่นั่ง 30-60 วินาที ทุก 15-30 นาที
- ☐ การจัดท่านั่งบนเตียง ให้นั่งเอนไปด้านหลัง ยกขาสูง ไม่เกินครึ่งละ 1 ชั่วโมง
- ☐ การจัดท่านั่งบนเก้าอี้ หรือรถเข็น ให้นั่งตัวตรง วางเท้าในระดับที่พอดี ได้ข้อพับเข่าห่างกับที่นั่งอย่างน้อย 2 นิ้วมือ และมีการป้องกันการสั่นไหวไปข้างหน้า
- ☐ การจัดท่านอน ให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา หรือหากจำเป็นต้องไม่เกิน 60 องศา และไม่นานเกิน 30 นาที ใช้หมอน หรือผ้ารองใต้บั้นท้ายโดยไม่ให้เกิดเอ็นร้อยหวายและหลอดเลือดดำได้เข้า
- ☐ การจัดท่านอนตะแคง ให้นอนตะแคงกึ่งหงาย ลำตัวทำมุม 30 องศา กับที่นอน และใช้หมอน หรือผ้าสอดระหว่างเข่าและขาทั้ง 2 ข้าง

- ☐ การจัดท่านอนคว่ำ ให้หันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง ขาเหยียด ใช้หมอน หรือผ้ารองใต้เข่าถึงข้อเท้า ให้นิ้วเท้าสูงลอยจากพื้นที่นอน หลีกเลี่ยงการจัดท่านอนคว่ำเป็นเวลานาน ยกเว้นกรณีจำเป็น
- ☐ ใช้หมอน หรือผ้าวางกั้นไม่ให้ร่างกายผู้ป่วยสัมผัสกับราวข้างเตียง และใช้ยันปลายเตียงเพื่อไม่ให้สั่นไหว
- ☐ เคลื่อนย้าย หรือยกตัวโดยยกให้สูงลอยจากพื้นที่นอน ไม่ลาก หรือดึง ยกเว้นกรณีที่ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงเสียดสี เช่น Slippery Sam หรือ Pat Slide เท่านั้น
- ☐ ดูแลผ้าปูที่นอน ผ้ายาง และผ้าขาวให้แห้งสะอาด ไม่มีรอยย่น
- ☐ ไม่ใช้อุปกรณ์รูปโดนัท เช่น ท่วงยาง หมอนรูปโดนัท หรือวงแหวน และไม่ใช้ถุงมือใส่น้ำกับผู้ป่วย
- ☐ เปลี่ยนตำแหน่งของอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม
- ☐ เลือกใช้หน้ากากออกซิเจนที่มีขนาดกระชับพอดี
- ☐ ใช้ผ้านุ่ม สำลี หรือวัสดุปิดแผลที่มีคุณสมบัติในการช่วยลดแรงกด รอง หรือปิดบริเวณผิวหนังก่อนใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์
- ☐ ตรวจสอบความตึงของเชือก หรือวัสดุที่ใช้ผูกยึดอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกครั้งก่อนที่เปลี่ยนท่า
- ☐ พิจารณาเปลี่ยนการใช้ Hard Collar เป็น Soft Collar ทันทีที่ทำได้ และถอดอุปกรณ์ทางการแพทย์ออกให้เร็วที่สุด

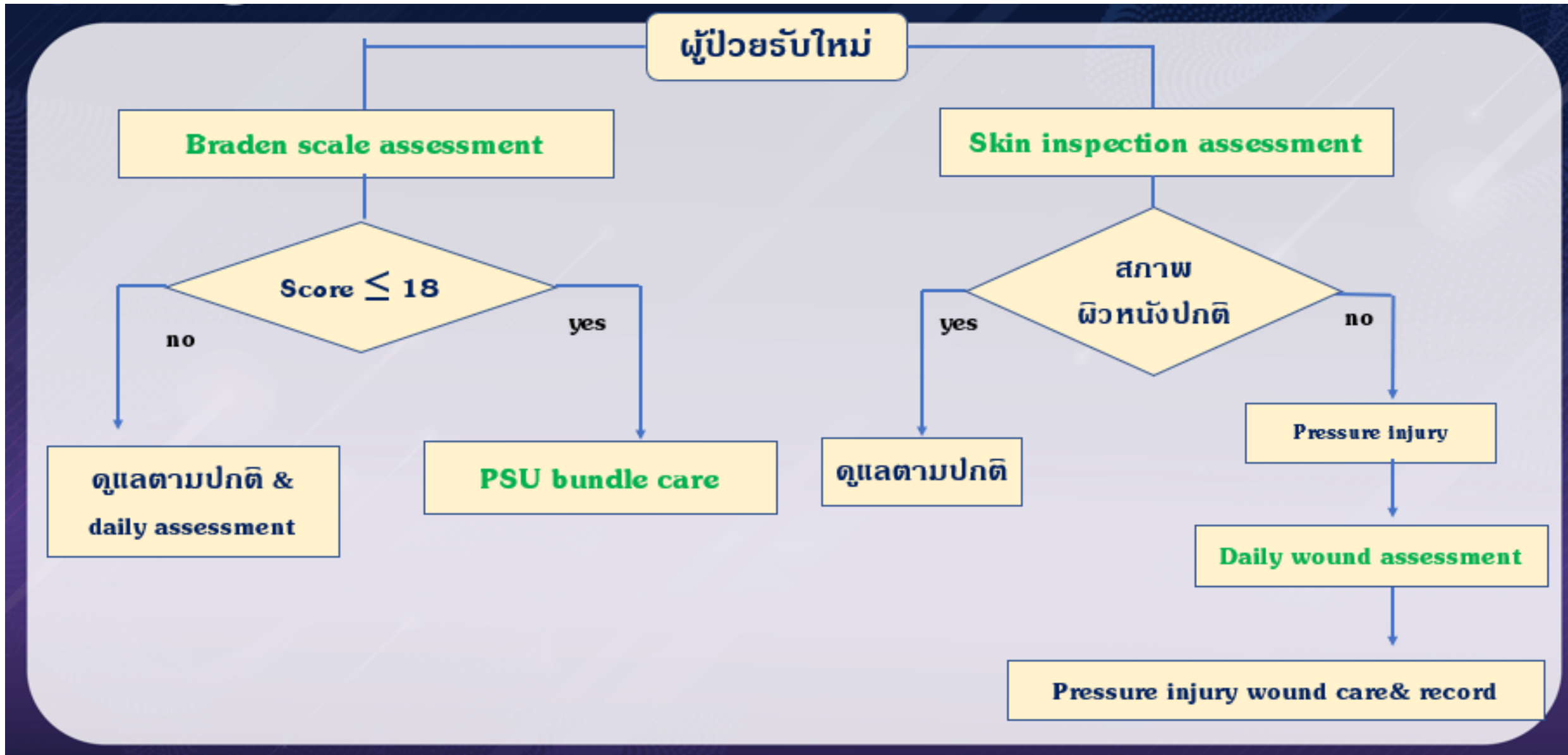
S: Skin health มาตรการประเมินและดูแลสภาพผิวหนัง

- ☐ ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าในผู้ป่วยทุกราย ภายใน 2 ชั่วโมง ที่รับเข้ามาในหอผู้ป่วย พร้อมบันทึกในแบบประเมินสภาพผิวหนัง
- ☐ ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าในผู้ป่วยทุกรายทุก 24 ชั่วโมง พร้อมบันทึกในแบบประเมินสภาพผิวหนัง
- ☐ ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกครั้งพลิกตะแคงตัว หรือเปลี่ยนท่า
- ☐ ใช้สบู่ที่มีค่า pH 5.5 หรือใช้สบู่เหลวเด็กอ่อนในการอาบน้ำ งดการขัดถูผิวหนัง
- ☐ ใช้โลชั่น หรือครีมบำรุงผิวทาผิวหนังบ่อย ๆ หรือทุกครั้งหลังอาบน้ำ
- ☐ ไม่นวด หรือใช้ความร้อนประคบผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดง
- ☐ ดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา

U: Urine and Feces management มาตรการดูแลและจัดการด้านการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระในผู้ที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

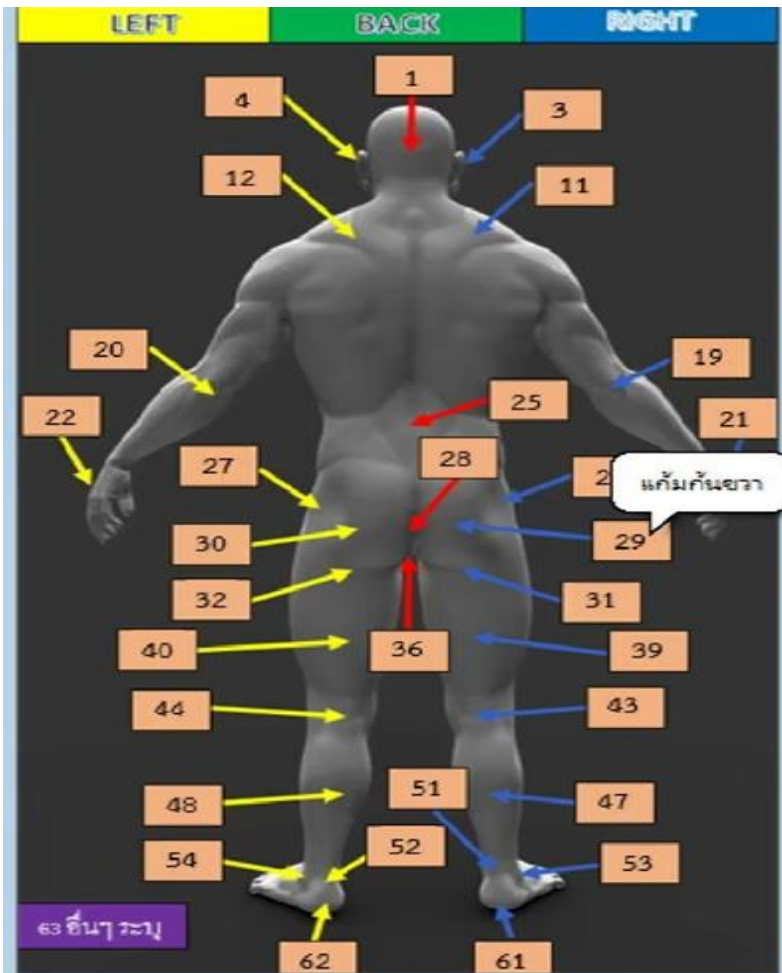
- ☐ หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป หากจำเป็น เลือกใช้แผ่นรองซับวางแบบไม่ปิดทับขึ้นไป และเปลี่ยนทันทีหลังการขับถ่ายทุกครั้ง
- ☐ ทำความสะอาดหลังการขับถ่ายทันทีด้วยวิธีที่เหมาะสม ไม่ใช้วิธีการขัดถู (ใช้สำลีชุบน้ำ/ สบู่ที่มีค่า pH 5.5 หรือสบู่เหลวเด็กอ่อนล้างและตามด้วยน้ำเปล่า/ cleanser/ NSS) และซับให้แห้งทุกครั้ง
- ☐ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยปกป้องผิวจากความชื้นอย่างเหมาะสม เช่น วาสลีน skin barrier cream หรือ skin barrier film

Process of Care

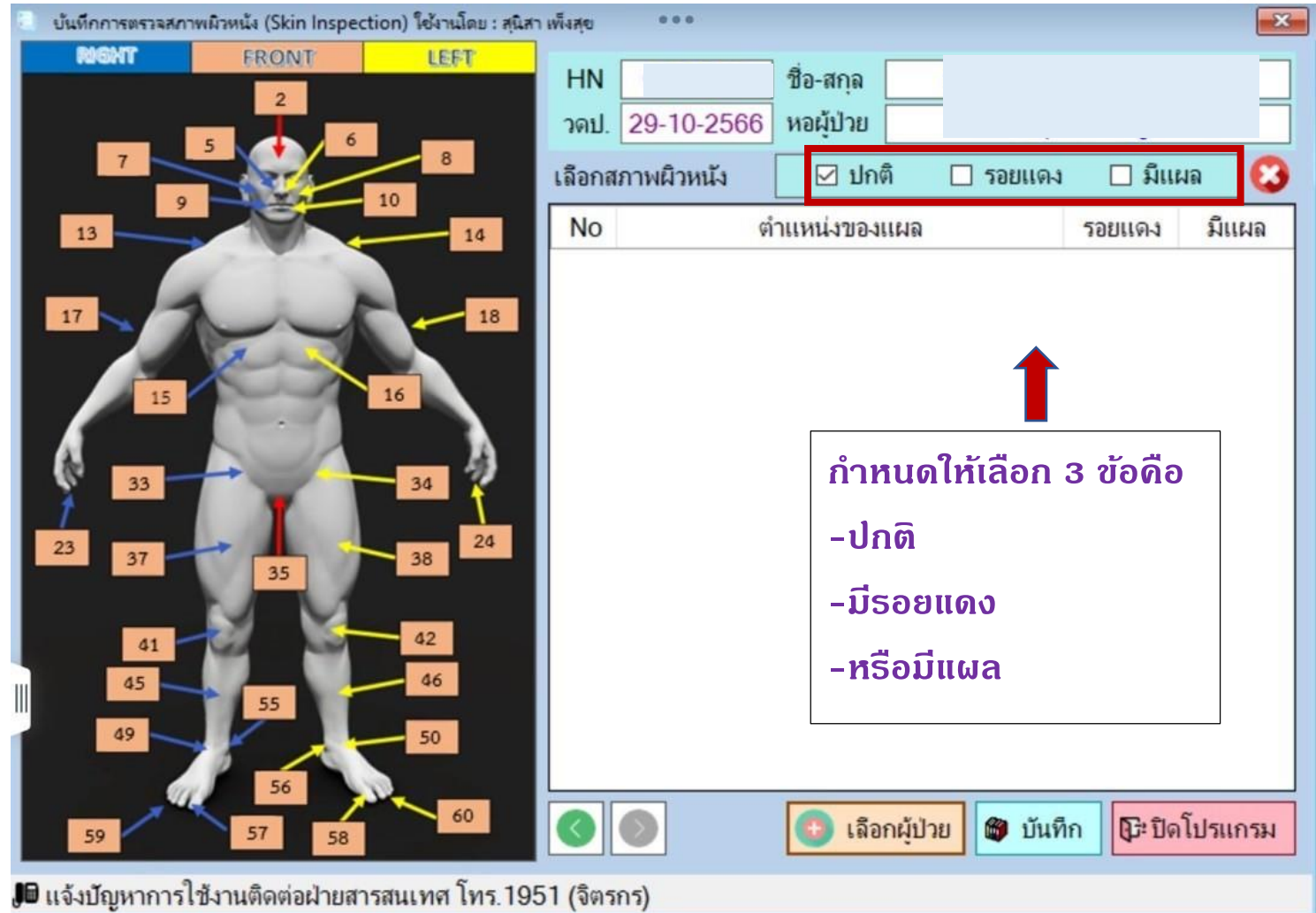


การประเมินสภาพผิวหนังและการบันทึกในแบบประเมินสภาพผิวหนัง (Skin inspection program)

- 1.ประเมินทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
- 2.ประเมินแรกรับ/รับย้าย/ post op/ หลังทำหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด PI



Muscular man



Dash board

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY



เตียง	ชื่อ-สกุล	14-09-2566							13-09-2566	
		คะแนน ความเสี่ยง	การประเมินผิวหนัง			สภาพแผล			คะแนน ความเสี่ยง	1
			ปกติ	รอยแดง	แผล	Pressure inj.	IAD	MARSI		
ต05		9			✓	YN			9	
ต06		12	✓						12	
ต07		23	✓						23	
ต08		20			✓	YN	!		17	
ต09		20	✓						19	
ต10		20	✓						20	
ต11		15	✓						15	
ต12		13			✓			YN	13	
ต13		21	✓						21	
ต14		18	✓						18	
ต15		17	✓						16	

? คลิกที่สภาพแผล (YY/YN) เพื่อตรวจสอบการประเมินทบทวนอุบัติการณ์

เตียงสีแดง = มีแผลกดทับ

ความเสี่ยงสีแดง = คะแนนความเสี่ยง ≤ 18

YY = มีแผลกดทับ/ทบทวนอุบัติการณ์แล้ว

YN = มีแผลกดทับ/ยังไม่ทบทวนอุบัติการณ์

✓ การประเมินสภาพผิวหนัง

! ยังไม่บันทึกสภาพแผล

ภาพหน้าจอ หลังจากลงข้อมูลประเมิน ผิวหนังตามโปรแกรม

เตียง	สภาพแผล			28-10-2566			27-10-2566		
	inj.	IAD	MARSI	คะแนนความเสี่ย	การประเมินผิวหนัง	Pressure inj.	IAD	MARSI	คะแนนความเสี่ย
ต03				21	✓				17
ต04		YN		17	✓			YN	17
ต05				9					9
ต06				19	✓				18
ต07				16	✓				15
ต08				10	✓				10
ต09		YN		9	✓		YN		9
ต10				23	✓				23
ต11				23	✓				22
ต12				23	✓				
ต13				11	✓				10
ต14				18	✓				19
ต15				23	✓				23
ต16				15	✓				15
ต17				23	✓				21
ต18				14	✓				
ต19				15	✓				14
ต20				21	✓				21
ต21				12	✓				11
ต22				21	✓				21
ต23				17	✓				15
ต24				20	✓				20
ต25				14	✓				13
ต26				14	✓				
ต27				13	✓				13
ต28				10	✓	YN	YN		10
ต29				17	✓				18
ต30				20	✓				20
ต31				10	✓				10
ต32				13	✓			YN	13

คลิกที่สภาพแผล (YY/YN) เพื่อตรวจสอบการประเมินหมอนอุบัติเหตุการ

เตียงสีแดง = มีแผลกดทับ YY = มีแผลกดทับ/หมอนอุบัติเหตุการแล้ว ✓ การประเมินสภาพผิวหนัง
ความเสี่ยสีแดง = คะแนนความเสี่ย <= 18 YN = มีแผลกดทับ/ยังไม่หมอนอุบัติเหตุการ ⚠ ยังไม่บันทึกสภาพแผล

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ FACULTY มีระบบแจ้งเตือน หากล้มลงข้อมูล ประเมินผิวหนัง



เตียง	HN	AN	ชื่อ-สกุล	29-10-2566			สภาพแผล
				คะแนนความเสี่ย	การประเมินผิวหนัง	Pressure inj.	
ต03				21	✓		
ต04				17	✓		
ต05				9			✓
ต06				18	✓		
ต07				19			✓
ต08				10	✓		
ต09				9	✓		✓
ต10				23	✓		
ต11				23	✓		
ต12				16	✓		
ต13							
ต14							
ต15							
ต16							
ต17							
ต18							
ต19							
ต20							
ต21							
ต22							
ต23							
ต24							
ต25							
ต26				20	✓		
ต27					✓		
ต28				14	✓		
ต29				13	✓		
ต30				10	✓		YN
ต31				16	✓		
ต32				20	✓		
ต33				10	✓		
ต34				10	✓		

แจ้งเตือน: กรุณานำบันทึกหมอนอุบัติเหตุการประเมินหมอนอุบัติเหตุการ 18 ชั่วโมง
เตียง: ต09
IAD: 29-10-2566
Pressure Injury: 29-10-2566
IAD: 29-10-2566
เตียง: ต33
Pressure Injury: 29-10-2566

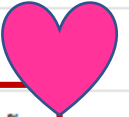
คลิกที่สภาพแผล (YY/YN) เพื่อตรวจสอบการประเมินหมอนอุบัติเหตุการ

เตียงสีแดง = มีแผลกดทับ YY = มีแผลกดทับ/หมอนอุบัติเหตุการแล้ว ✓ การประเมินสภาพผิวหนัง
ความเสี่ยสีแดง = คะแนนความเสี่ย <= 18 YN = มีแผลกดทับ/ยังไม่หมอนอุบัติเหตุการ ⚠ ยังไม่บันทึกสภาพแผล

**กรณีมีแพลตฟอร์ม ระบบจะเชื่อมต่อไปยัง
โปรแกรมบันทึกสภาพแวดล้อมประจำวัน**

๑๐ แจ้งปัญหาการใช้งานติดต่อฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โทร.1951 (จิตรกร) 07-03-2566 13:07:51

แนวปฏิบัติ ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

หัวข้อ	เอกสารดาวน์โหลด
แนวปฏิบัติการให้ Naloxone 	
นโยบายและแนวปฏิบัติ การจัดการความปวด	
แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความปวด pain management guideline	
แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มกระดูก(Epidural Analgesia)	
แบบฟอร์มแนวปฏิบัติฝ่ายบริการพยาบาล 	 
แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน IAD	
แนวปฏิบัติการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลายและการดูแลเมื่อเกิด Phlebitis/Infiltration/Extravasation	
แนวปฏิบัติการป้องกันท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	
แนวปฏิบัติการป้องกันผู้ป่วยพลัดตก สิ้นลม 	
แนวปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ	
แนวทางปฏิบัติในการให้ยาเคมีบำบัด	
แนวทางการบริหารยาทางหลอดเลือดดำ	

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน และดูแลแผลกดทับ ฝ่ายบริการพยาบาล

การปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ

- ประเมินความเสี่ยงตามแบบประเมินของบราเดน (Braden Scale) ทุกรายให้เสร็จสิ้นภายใน 2 ชั่วโมง และประเมินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง
- ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าในผู้ป่วยทุกรายและบันทึกให้เสร็จสิ้นภายใน 2 ชั่วโมง และประเมินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง
- ใช้ **PSU Bundle** ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

P: Pressure relief การดูแลในด้านการลดแรงกดทับ แรงเสียดสี และแรงเฉือน

S: Skin health การประเมินและการดูแลสภาพผิวหนัง

U: Urine and Feces management การดูแลและจัดการในด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระในผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระไม่ได้

การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

- ✚ การประเมินแผลกดทับ ให้ครอบคลุม ตำแหน่ง ขนาด ความลึก ลักษณะขอบแผล เนื้อตาย สีของพื้นแผล การอักเสบติดเชื้อ ความปวด และลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล
- ✚ การบันทึกลักษณะแผลในระบบ **HIS** อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือทุกครั้งที่ทำแผล หากแผลปิดวัสดุปิดแผลและไม่ได้เปิดทำแผลในวันนั้น ให้บันทึกว่าปิดวัสดุปิดแผลนั้น ๆ ส่วนระดับและขนาดแผลให้บันทึกตามการบันทึกครั้งที่ผ่านมา
- ✚ การบันทึกลักษณะแผลใน **Progress note** ให้บันทึกลักษณะแผลอย่างละเอียดตามสิ่งที่ประเมินได้
- การดูแลแผล และการใช้วัสดุ/อุปกรณ์ในการดูแลแผลกดทับ ครอบคลุมแผลให้เหมาะสม

แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน และดูแลภาวะผิวหนังอักเสบ จากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ฝ่ายบริการพยาบาล

3. การดูแลผิวหนังในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD

3.1 การทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่าย โดยให้ทำความสะอาดทันทีหลังการขับถ่าย ดังนี้

3.1.1 ใช้สำลีชุบน้ำสะอาดจนชุ่มเช็ดคราบปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระออกจนหมด โดยเช็ดอย่างเบามือ

3.1.2 ใช้สบู่ที่มีค่า pH ใกล้เคียงกับผิวหนัง คือประมาณ 5.5 -5.9 หรือใช้สบู่เหลวเด็กก่อนทำความสะอาดผิวหนังอีกครั้ง และล้างตามด้วยน้ำสะอาด งดการขัดถูผิวหนัง

3.1.3 ใช้กระดาษชำระ หรือผ้านุ่ม ซับผิวหนังอย่างอ่อนโยนจนแห้ง

3.1.4 งดใช้กระดาษชำระแบบเปียกในการเช็ดทำความสะอาดหลังการขับถ่ายโดยไม่ล้างทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำ เนื่องจากการใช้กระดาษชำระแบบเปียกเช็ดทำความสะอาดเพียงอย่างเดียว จะยังคงมีค่าความเป็นกรดต่างของปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระตกค้างที่ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังได้

3.2 การปกป้องผิวหนัง เพื่อป้องกันผิวหนังเกิดการระคายเคืองจากปัสสาวะ และ/หรือ อุจจาระ ทุกครั้งหลังการขับถ่ายให้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของปิโตรลาตัม (petrolatum) หรือซิงค์ออกไซด์ (zinc oxide) หรือผลิตภัณฑ์ skin barrier cream ทาเคลือบผิวหนังบาง ๆ ให้เป็นวงกว้างทั่วบริเวณที่มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย

3.3 หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป หากจำเป็นให้ใช้แผ่นรองซับแทน โดยให้ใช้แผ่นรองซับวางรองปัสสาวะ หรืออุจจาระ โดยไม่ปิดทับขึ้น และให้เปลี่ยนทันทีหลังการขับถ่ายทุกครั้ง

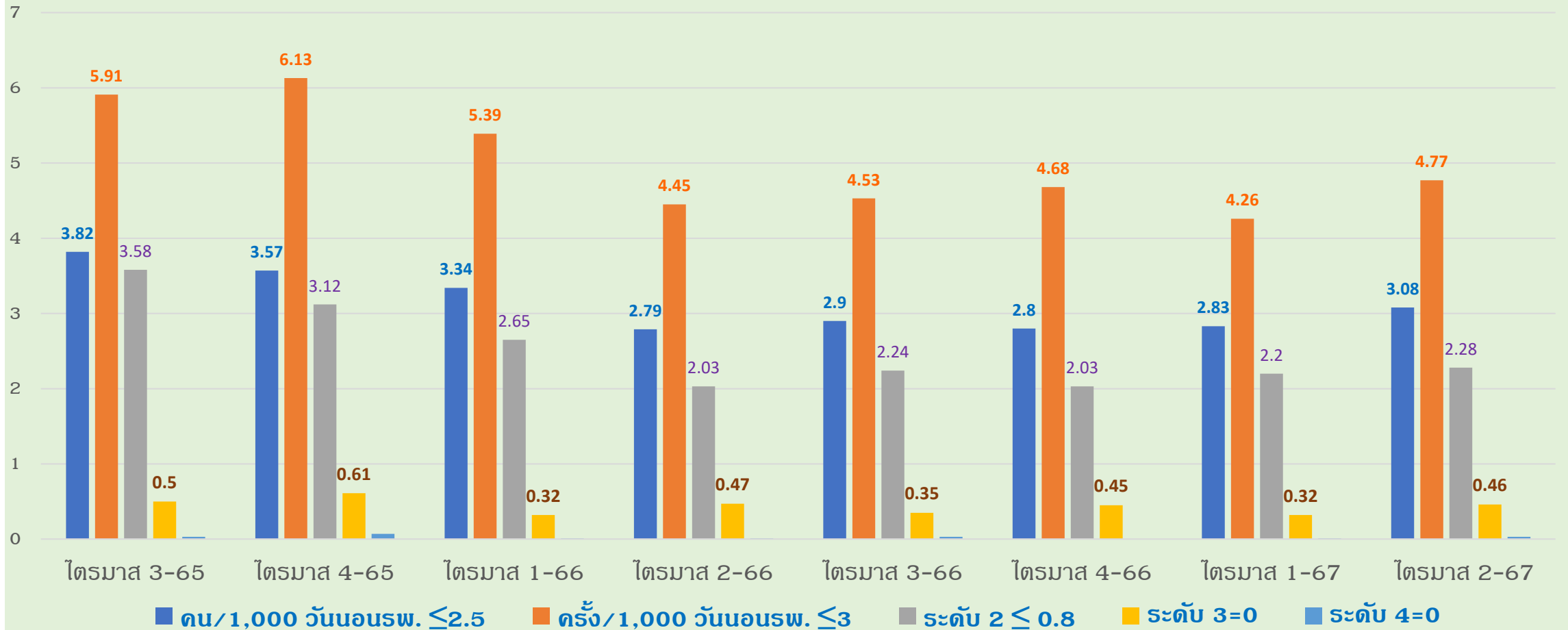
การปฏิบัติเมื่อเกิด IAD

1. การประเมินลักษณะของภาวะ IAD และการบันทึก 1.1 ประเมินให้ครอบคลุมตำแหน่งของการเกิด IAD ลักษณะการเกิด การอักเสบติดเชื้อ และความปวด 1.2 บันทึกลักษณะของ IAD ที่เกิดขึ้นในโปรแกรมบันทึกสภาพแผลรายวันในระบบ HIS ทันทีที่เกิด หลังจากนั้นให้บันทึกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง หรือเห็นความก้าวหน้าในการหายของ IAD 1.3 บันทึกลักษณะของ IAD ใน Progress ประเมินได้ โดยให้ครอบคลุมตำแหน่ง ลักษณะการเกิด 2. การดูแลเมื่อเกิด IAD ให้การดูแลตามระดับความเสี่ยง 2.1 High risk ให้การดูแลผิวหนังของผู้ป่วย 2.2 IAD category 1	2.2.1 ใช้สำลีชุบน้ำสะอาดจนชุ่ม เช็ดคราบปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระออกจนหมด โดยเช็ดอย่างเบามือ 2.2.2 ใช้ Normal saline หรือใช้ผลิตภัณฑ์ No-rinse skin cleanser ฉีดล้างทำความสะอาดให้ทั่วบริเวณที่เป็นของสิ่งขับถ่ายจนสะอาด (ใช้แทนสบู่) โดยไม่ต้องล้างน้ำ และให้งดการขัดถูผิวหนัง 2.2.3 ใช้กระดาษชำระ หรือผ้านุ่ม ซับผิวหนังอย่างอ่อนโยนจนแห้ง 2.2.4 ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของซิงค์ออกไซด์ (zinc oxide) ทาเคลือบผิวหนังให้ทั่วบริเวณที่มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย รวมทั้งผิวหนังที่มีรอยแดงทุกครั้งที่เช็ดทำความสะอาดร่างกาย และ/หรือทุกครั้งหลังขับถ่าย 2.2.5 หากมีผลิตภัณฑ์ skin barrier film ให้ใช้ฉีดยาผิวหนังให้ทั่วบริเวณที่มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย รวมทั้งผิวหนังที่มีรอยแดง อย่างน้อยวันละครั้ง และ/หรือ ฉีดซ้ำทุก 2-3 ครั้งหลังการขับถ่าย 2.3 IAD category 2 2.3.1 ใช้สำลีชุบน้ำสะอาดจนชุ่ม เช็ดคราบปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระออกจนหมด โดยเช็ดอย่างเบามือ 2.3.2 ใช้ Normal saline ฉีดล้างทำความสะอาดให้ทั่วบริเวณที่เป็นของสิ่งขับถ่ายจนสะอาด งดการใช้น้ำล้าง และงดการใช้ผลิตภัณฑ์ No-rinse skin cleanser เพราะจะทำให้ผู้ป่วยแสบ และงดการขัดถูผิวหนัง 2.3.3 ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของซิงค์ออกไซด์ (zinc oxide) ทาเคลือบผิวหนังให้ทั่วบริเวณที่มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย รวมทั้งผิวหนังที่มีรอยแดงทุกครั้งที่เช็ดทำความสะอาดร่างกาย และ/หรือทุกครั้งหลังขับถ่าย หรือใช้ผงแป้งรักษาแผล (stomahesive powder) โรยให้ทั่วผิวหนังที่เป็นแผล และฉีดยาผิวหนังโดยรอบที่มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งขับถ่ายด้วย skin barrier film 2.3.4 ในการทำความสะอาดครั้งต่อไป หากมีผงแป้ง แห้งกรัง ให้เช็ดทำความสะอาดแค่ให้คราบปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระออกจนหมด ไม่ต้องขัดถูเพื่อให้คราบผงแป้ง ทิ้งไว้จนแห้ง หลังทำความสะอาดแล้วสามารถโรยผงแป้ง ทับได้เลย
--	---

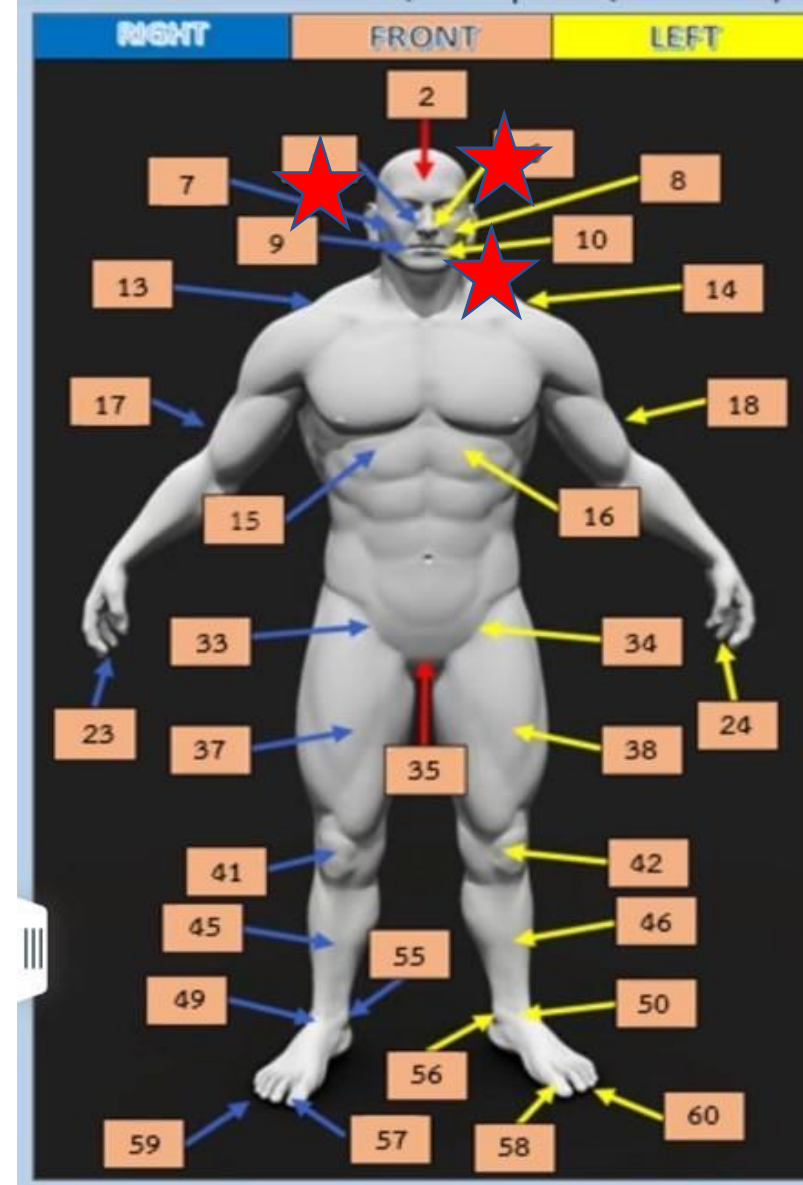
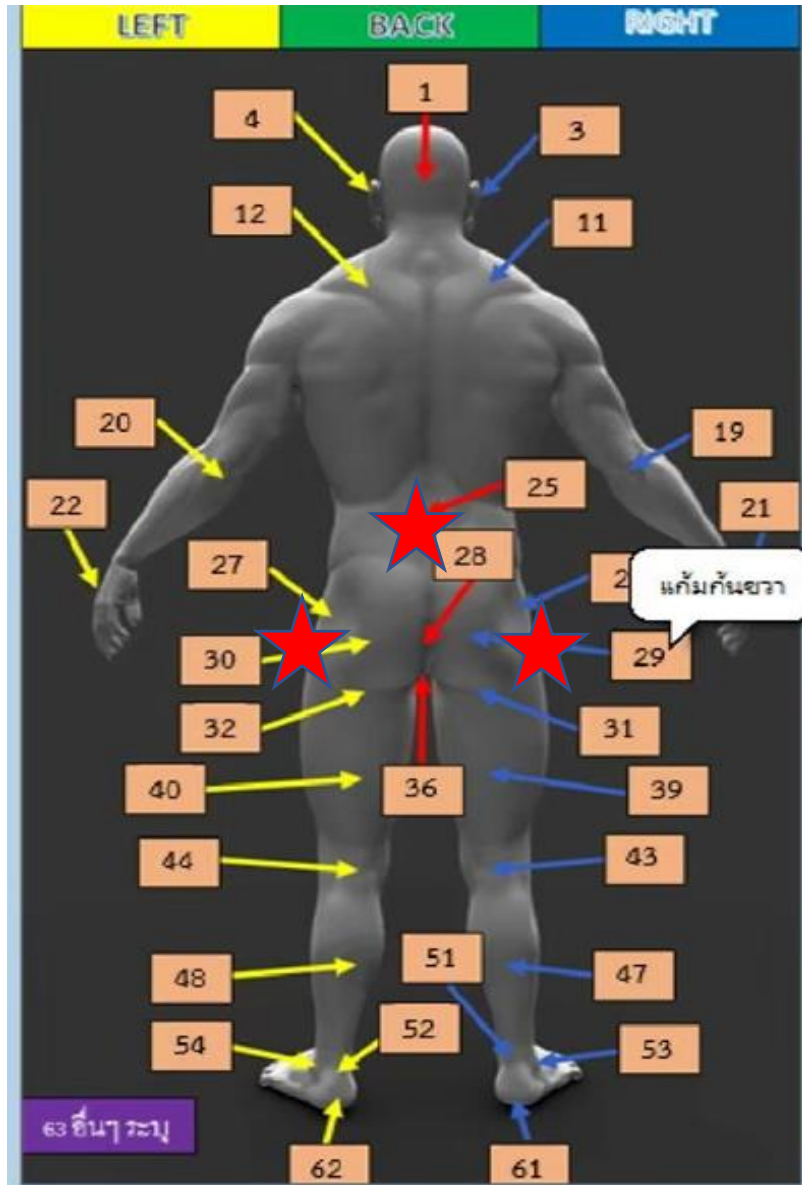
ตัวชี้วัด: KPI

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
อัตราการเกิดแผลกดทับในรพ.(คน/1,000 วันนอนรพ.)	≤ 2.5
อัตราการเกิดแผลกดทับ ระดับ 1-4 และ 2 ลักษณะ (DTI, unstageable)(ครั้ง / 1,000 วันนอน)	< 3
อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 (ครั้ง / 1,000 วันนอน)	≤ 0.8
อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 3 (ครั้ง / 1,000 วันนอน)	0
อุบัติการณ์แผลกดทับระดับ 4 (ครั้ง / 1,000 วันนอน)	0
อัตราความชุกแผลกดทับ	$\leq 5 \%$

อัตราการเกิดแผลกดทับในรพ.



ตำแหน่งที่เกิดบ่อย



ขอบคุณค่ะ

